

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Fabido Yazmin Sánchez Martínez	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 18/02/16
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Coordinación de Innovación y Calidad	4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ 100.00

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S):
Estado a reunión de trabajo con autoridades del Gobierno del Estado de México y del municipio de Nextlalayan

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:
 OFICIAL PARTICULAR

9/ Km. INICIAL: 11/ CON GASOLINA 12/ SIN GASOLINA
10/ Km. FINAL:

13/ EMPLEADO QUE RECIBE Fabido Yazmin Sánchez mte NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Luzma Paola Linares Anselmo DIRECTOR (A)	ADMINISTRADOR (A)
---	--	-------------------

ISSEMYM
PAGADO

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VIATÓ REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO